

医療と介護の連携シート(主治医・ケアマネジャー連絡票)

医療機関名 電話番号 FAX番号 主治医	〇〇医院 0476-〇〇-〇〇〇〇 0476-××-×××× 〇山 〇郎 先生	介護事業所名 電話番号 FAX番号 ケアマネジャー名	△△事業所 0476-〇〇-〇〇〇〇 0476-××-×××× △川 △子
-------------------------------	--	-------------------------------------	--

◇利用者の情報(* 欄は「ケアマネジャー⇒主治医」の場合のみ記入)

ふりがな 氏名 * 要介護度	とみさと はなこ 富里 花子 要介護2	生年月日 昭和18年 8月 3日 その他
----------------------	---------------------------	----------------------------

◇ケアマネジャー記載欄 * 医療機関からの返信 要 不要

【内容】 利用者の状況についての報告 ケアプラン作成のため病状などの相談
 その他()

*《利用者の生活状況》
お世話になっております。富里さん(独居)の最近の状況について連絡させていただきます。今回介護認定の結果、これまでと同様の要介護2になりました。週4回の訪問介護と週1回のサービスをこれまでと同様に利用する予定です。先日受診時に診ていただいた右胸部の痛み(10/20に外出先で転倒)は軽減しています。11月2日ベット脇で転倒し、自力でベットまで戻ることができず寒い思いをしたとのことでした。左足の踝に1cmくらいの傷があり多少の痛みがあるようですが、いつもと変わらず元気良く食欲もある様子です。今回のことから、利用希望がなかった緊急通報装置の利用を再度勧めてみたいと思います。

*《利用者の相談内容》
次回11月17日の〇〇先生の受診日には、いつもと同様に市の送迎サービスを利用して一人で受診する予定です。歩行の不安定さや認知症状がみられますので、当日同席させてもらい、お話を一緒に伺わせていただきたいと思います。また、先生やスタッフの方々がお気づきのことがありましたら、ご教示いただければと思います。よろしくお願いいたします。

契約時の同意の他、改めて本人の承諾を得ております。
 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、居宅介護支援に必要な為、送付いたします。

◇医師記載欄

【連絡方法】 直接会って話をします 電話で話をします 文書で回答します

【内容】

記入日(年 月 日)